

Loont Kwaliteit?

Position paper: bijdrage aan de
fundamentele discussie over de
risicoverevening

Februari 2016

prof.dr. W.P.M.M. van de Ven

dr. P. Bakx

dr. F. Eijkenaar

prof.dr. F.T. Schut

dr. R.C. van Kleef

dr. R.C.J.A. van Vliet

Loont Kwaliteit?

Position paper: bijdrage aan de fundamentele discussie over de risicoverevening

Opgesteld door prof.dr. W.P.M.M. van de Ven (contactpersoon, vandeven@bmg.eur.nl), dr. P. Bakx, dr. F. Eijkenaar, prof.dr. F.T. Schut, dr. R.C. van Kleef en dr. R.C.J.A. van Vliet, allen verbonden aan het instituut **Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG)**, Erasmus University Rotterdam

Colofon

Publicatiedatum

Februari 2016

Contact

Erasmus University Rotterdam

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG)

T +31 10 408 8878

E communicatie@bmg.eur.nl

W www.bmg.eur.nl/onderzoek

Uitgever

Marketing & Communicatie iBMG

Vormgeving

www.panart.nl

Risicosolidariteit en risicoselectie

De risicoverevening in de Zorgverzekeringswet speelt een belangrijke rol bij het tegengaan van risicoselectie en bij het realiseren van de beoogde risicosolidariteit (bijvoorbeeld solidariteit tussen gezond en ongezond). Om risicosolidariteit te realiseren bepaalt de Zorgverzekeringswet dat zorgverzekeraars aan al hun verzekerden met dezelfde zorgpolis dezelfde premie moeten vragen, ongeacht of iemands voorspelde zorgkosten 100 euro of 100.000 euro per jaar bedragen.¹

Zonder risicoverevening² zou, gegeven het verbod op premiedifferentiatie, voor meer dan de helft van de verzekerden sprake zijn van meer dan 1.500 euro voorspelbare winst per verzekerde per jaar, en voor twee procent van de verzekerden meer dan 20.000 euro voorspelbaar verlies per verzekerde per jaar. Voorspelbare winsten en verliezen creëren ruimte voor (en prikkels tot) risicoselectie en leiden er zodoende toe dat de beoogde risicosolidariteit wordt bedreigd door risicoselectie. Met risicoselectie wordt bedoeld "acties door verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd" (Van de Ven et al., 2015; WOR 760). Bijvoorbeeld, een zorgverzekeraar die de beste zorg voor chronisch zieken contracteert en daarom door de patiëntenverenigingen aan alle leden wordt aangeraden, wordt geconfronteerd met een relatief groot aandeel voorspelbaar verliesgevende verzekerden en moet zijn premie drastisch verhogen. Zorgverzekeraars met relatief weinig chronisch zieken kunnen hun premie verlagen. Aldus wordt door risicoselectie de beoogde risicosolidariteit niet gerealiseerd. Ook is dan geen sprake van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars. Met een gelijk speelveld ('eerlijke concurrentie') voor zorgverzekeraars wordt bedoeld dat zorgverzekeraars geen voorspelbaar financieel voor- of nadeel hebben van hun portefeuilleopbouw.

Effecten van risicoselectie

Risicoselectie kan naast een afname van de risicosolidariteit ook leiden tot een afname van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Als (alle) zorgverzekeraars bijvoorbeeld niet investeren in het opzetten van effectieve disease management programma's voor chronisch zieken -met als doel zo weinig mogelijk voorspelbaar verliesgevende verzekerden in hun bestand te hebben- is sprake van een lagere kwaliteit van deze zorg dan het geval zou zijn in een situatie zónder risicoselectie, waarbij 'kwaliteit wel loont'.³ Voorts zou vanuit een kosten-baten afweging risicoselectie een effectievere strategie voor schadelastvermindering kunnen zijn dan het bevorderen van de doelmatigheid van zorg. Dit zou er toe kunnen leiden dat op korte termijn meer geïnvesteerd wordt in risicoselectie dan in doelmatige zorginkoop. Van belang is dat een afname van de kwaliteit en doelmatigheid als gevolg van risicoselectie kan optreden zónder een afname van de risicosolidariteit, bijvoorbeeld omdat alle zorgverzekeraars even succesvol zijn in risicoselectie.

1 Toegestane uitzonderingen zijn een korting vanwege een vrijwillig eigen risico, een korting bij vooruitbetaalde premie, en een maximale premiekorting van 10% voor leden van een collectiviteit.

2 De risicoverevening betekent dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een vereveningsbijdrage ontvangen uit of betalen aan het Zorgverzekeringsfonds. De vereveningsbijdrage hangt af van de kenmerken (bijvoorbeeld leeftijd en indicatoren van gezondheid) van de betreffende verzekerde.

3 In de "Evaluatie Zorgverzekeringswet" (september 2014, pagina 25) concludeert KPMG dat de over- en ondercompensatie van bepaalde groepen van verzekerden doorwerkt in het beleid van zorgverzekeraars. "Zo is tijdens de focusgroepen door deelnemers aangegeven dat zorgverzekeraars terughoudend zijn in het investeren in zorginkoop en innovatie voor groepen verzekerden die ondergecompenseerd worden."

Het doel van de risicoverevening

Wat is het doel van de risicoverevening?

Het doel van de ex-ante risicoverevening binnen de Zorgverzekeringswet is het **wegnemen van de ruimte voor risicoselectie**⁴, waarbij prioriteit wordt gegeven aan het wegnemen van de ruimte voor selectie-acties die maatschappelijk het meest ongewenst zijn.

De mate waarin (de effecten van) selectie-acties maatschappelijk ongewenst zijn, is uiteraard een **politieke keuze**.

Voor een vergelijking met het 'doel van de risicoverevening' volgens VWS zie het kader op pagina 3.

Wanneer is het doel van de risicoverevening gerealiseerd?

Als voor geen enkele groep verzekerden sprake is van over- of ondercompensatie door de risicoverevening, bestaat geen ruimte voor risicoselectie en is het doel van de risicoverevening gerealiseerd. Dan is de beoogde risicosolidariteit volledig gerealiseerd en bestaat een gelijk speelveld ('eerlijke concurrentie') voor zorgverzekeraars ongeacht hun portefeuilleopbouw. Het doel van de risicoverevening kan echter ook gerealiseerd zijn indien sprake is van zodanig geringe onder- en overcompensaties door de risicoverevening dat de selectiewinst niet opweegt tegen de selectiekosten (bijvoorbeeld reputatieverlies).

Idealiter wordt het doel van de risicoverevening bereikt onder diverse randvoorwaarden zoals (zie bijvoorbeeld Van de Ven en Van Vliet, 1992):

1. de prikkel tot doelmatigheid moet door de risicoverevening niet worden verminderd,
2. de risicokenmerken waarvoor wordt verevend, moeten valide, betrouwbaar en niet-manipuleerbaar zijn,
3. de benodigde gegevens moeten tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten beschikbaar zijn.

Vanwege deze randvoorwaarden is het mogelijk dat het doel van de risicoverevening alleen kan worden gerealiseerd tegen een hoge prijs, bijvoorbeeld hoge kosten om de benodigde gegevens te verzamelen of een forse afname van de prikkel tot doelmatigheid. De besluitvorming over de vormgeving van de risicoverevening vereist daarom een politieke afweging.

⁴ We spreken hier van 'ruimte voor risicoselectie' en niet van 'prikkel tot risicoselectie' om te vermijden dat uitsluitend gedacht wordt aan **bewuste** selectieacties.

Vergelijking met het 'doel van de risicoverevening' volgens VWS

In de uitnodigingsbrief (08dec15) van VWS voor deelname aan de fundamentele discussie over risicoverevening wordt gevraagd of de volgende door VWS geformuleerde doelstellingen van de risicoverevening worden gedeeld:

1. "De risicoverevening is primair bedoeld om het **gelijke speelveld voor verzekeraars te borgen**.
2. Ook het **tegengaan van risicoselectie** en
3. het **bevorderen van een doelmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet door verzekeraars** zijn belangrijke doelen van de risicoverevening."

Het door ons geformuleerde doel van de risicoverevening is 'het **wegnemen van de ruimte voor risicoselectie**, waarbij prioriteit wordt gegeven aan het wegnemen van de ruimte voor selectie-acties die maatschappelijk het meest ongewenst zijn'.

We zijn het dus eens met het door VWS als **tweede** geformuleerde doel. Een nuanceverschil is dat wij een bepaalde prioritering toevoegen (die niet controversieel lijkt). Voorts spreken wij van 'het wegnemen van de ruimte voor risicoselectie' (waardoor risicoselectie wordt tegengegaan) en niet van 'het tegengaan van risicoselectie' omdat het begrip 'ruimte voor risicoselectie' goed te definiëren is ('het bestaan van ex-ante over- en ondercompensaties voor groepen verzekerden') waardoor getoetst kan worden in hoeverre het doel is gerealiseerd.⁵

We zijn het eens met het door VWS als **eerste** geformuleerde doel **indien** VWS 'het **gelijke speelveld voor verzekeraars**' definieert als 'een ex-ante gelijk speelveld voor de verzekeraars **ongeacht hun portefeuilleopbouw**'. In dat geval zijn de door VWS als eerste en tweede geformuleerde doelen identiek. Dit doel wordt gerealiseerd indien er geen groepen verzekerden zijn die ex-ante over- of ondergecompenseerd worden. Dan hebben zorgverzekeraars geen voorspelbaar financieel voor- of nadeel van hun portefeuilleopbouw en bestaat per definitie geen risicoselectie.

We zouden het **niet** eens zijn indien VWS een gelijk speelveld zou definiëren als 'een voor alle zorgverzekeraars gelijk **feitelijk gerealiseerd** financieel resultaat, gemiddeld per verzekerde en bij gelijke nominale premie'.⁶ Een probleem is dat een aldus gedefinieerd 'gelijk speelveld' afhangt van de doelmatigheid van de verzekeraars. Indien een dergelijk 'gelijk speelveld' als doel zou worden nagestreefd, zouden doelmatige verzekeraars door de risicoverevening worden gestraft.⁷ Dit is niet het doel van de risicoverevening. Doelmatigheid dient tot uiting te komen in de nominale premie.

Ten slotte zien wij het bevorderen van doelmatigheid, het **derde** door VWS genoemde doel, niet als een doel van de risicoverevening. Wel zien we het behoud van (prikkel) tot doelmatigheid als een randvoorwaarde (zie pagina 2).

5 Als VWS het 'tegengaan van risicoselectie' definieert als 'het tegengaan van over- en ondercompensaties voor groepen verzekerden' is er geen verschil.

6 Deze interpretatie zou ontleend kunnen worden aan het door de regering gehanteerde toetsingskader voor de beoordeling van de risicoverevening (WOR 760) en de berekeningen in de jaarlijkse in opdracht van de regering uitgevoerde evaluatie van de risicoverevening.

7 Voorts zou bij een aldus gedefinieerd 'gelijk speelveld' het doel van de risicoverevening ook afhangen van de toevallige portefeuilleopbouw van de verzekeraars. Bij de meest primitieve vereveningsformule, te weten een 'gelijk bedrag per verzekerde', zou dan het doel van de risicoverevening gerealiseerd zijn in de toevallige situatie dat alle verzekeraars exact dezelfde portefeuilleopbouw zouden hebben, maar **niet** gerealiseerd zijn indien de chronisch zieken ongelijk verdeeld zouden zijn over de zorgverzekeraars. **Vóórdat** de vereveningsformule wordt vastgesteld (vóór 1 januari) kan dan niet worden getoetst of het doel van de risicoverevening is gerealiseerd omdat de portefeuilleopbouw van de verzekeraars pas na 1 januari bekend is.

Een voorbeeld van een dergelijke politieke afweging betreft het vereveningskenmerk voor 'gebruikers van wijkverpleging'. Op dit moment zijn nog geen adequate vereveningskenmerken beschikbaar om de kosten van deze groep goed te voorspellen. In 2016 zijn daarom de 'kosten van wijkverpleging in het voorgaande jaar' als – zoals de minister van VWS omschrijft – "onorthodox" vereveningskenmerk in het vereveningsmodel opgenomen. Het nadeel van dit onorthodoxe vereveningskenmerk is dat het de doelmatigheidsprykkels voor verzekeraars grotendeels wegneemt. De minister stelt dan ook⁸: **"Dit staat op gespannen voet met mijn ambitie om de doelmatigheid in de zorg te vergroten [...] Ik beoog dit vereveningskenmerk uiterlijk over drie jaar weer uit het risicovereveningsmodel te verwijderen (model 2019). Tot die tijd kan worden gezocht naar betere alternatieven."**

Het is echter zeer de vraag of het vóór 2019 zal lukken om (1) te bepalen of, en zo ja welke vereveningskenmerken de zorgkosten van deze groep goed kunnen voorspellen (**technische haalbaarheid**), en (2) te garanderen dat deze kenmerken voor de gehele Nederlandse bevolking beschikbaar en niet-manipuleerbaar zijn (**praktische haalbaarheid**). De onzekerheid over de technische haalbaarheid vloeit voort uit het feit dat vanwege de specifieke kenmerken van (gebruikers van) wijkverpleging adequate risicoverevening naar verwachting zeer lastig is. De uitgaven aan wijkverpleging per gebruiker zijn hoog (met een aanzienlijke variatie) en afhankelijk van de beschikbaarheid van mantelzorg en het aanbod van zorg die via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de Wet Langdurige Zorg bekostigd wordt. De onzekerheid over de praktische haalbaarheid vloeit voort uit het feit dat (niet-manipuleerbare) gegevens over belangrijke voorspellers van langdurige zorgkosten – de aanwezigheid van fysieke en mentale beperkingen en de beschikbaarheid van een sociaal netwerk – maar in zeer beperkte mate op landelijk niveau beschikbaar lijken te zijn. Om de door de Minister geformuleerde doelstelling in 2019 te kunnen halen is dan ook dringend aanvullend onderzoek nodig naar geschikte vereveningskenmerken en de beschikbaarheid hiervan.

Doel van de risicoverevening is nog niet gerealiseerd

In de brief 'Kwaliteit loont'⁹ heeft de regering het voornemen geuit om door een forse aanpassing van de vereveningsbijdragen de chronisch zieken en kwetsbare verzekerden financieel aantrekkelijk te maken voor de zorgverzekeraars. Bij de vereveningsformule-2016 worden gezonde verzekerden echter nog steeds overgecompenseerd (Van Kleef et al., 2015). Dit betekent dat ongezonde verzekerden nog steeds financieel onaantrekkelijke klanten zijn voor de zorgverzekeraars. De conclusie is dus dat 'kwaliteit thans nog niet loont'.

Het is opvallend dat in het door de regering gehanteerde toetsingskader voor de beoordeling van de risicoverevening (WOR 760) en in de evaluatie van de risicoverevening die de regering jaarlijks laat uitvoeren, geen evaluatiecriterium is opgenomen om te toetsen of het door ons geformuleerde doel van de risicoverevening is gerealiseerd. Indien dit doel wordt onderschreven, kan dus op basis van deze evaluaties, die de minister jaarlijks naar de Tweede Kamer stuurt, niet worden geconcludeerd of het doel van de risicoverevening al dan niet is gerealiseerd.

Een evaluatie van de mate waarin het doel van de risicoverevening is gerealiseerd, kan plaatsvinden door het berekenen van de over- en ondercompensatie van selecte groepen verzekerden, bijvoorbeeld enerzijds selecte groepen verzekerden met relatief hoge verwachte zorgkosten en anderzijds groepen gezonde verzekerden met relatief lage verwachte zorgkosten. Zonder een dergelijke evaluatie¹⁰ is het onmogelijk om te concluderen of het doel van de risicoverevening is gerealiseerd.

8 Tweede Kamer, Brief Herziening zorgstelsel, 16jun15, vergaderjaar 2014–2015, 29 689, nr. 617.

9 Tweede Kamer, Brief Kwaliteit loont, 06feb15, vergaderjaar 2014-2015, 31 765, nr. 116.

10 Dergelijke evaluaties worden incidenteel uitgevoerd, bijvoorbeeld: Van Kleef et al. (2014, 2015).

Bij de presentatie van de brief 'Kwaliteit loont'⁹ heeft minister Schippers bij herhaling aangegeven dat zij graag zou zien dat zorgverzekeraars adverteren met: "**Heeft u een chronische ziekte? Kom bij ons!**".¹¹ Dit is inderdaad een uitstekende lakmoesproef om te toetsen of het doel van de risicoverevening is gerealiseerd. Tot nu toe hebben we dergelijke advertenties helaas nog niet gezien.

Duidelijkheid van wetgever vereist: Wat is de beoogde solidariteit?

Het toetsen of het doel van de risicoverevening is gerealiseerd wordt op dit moment bemoeilijkt doordat de wetgever onduidelijk is over wat de **beoogde solidariteit** is. In de Zorgverzekeringswet is sprake van een verbod op premiedifferentiatie. Dit suggereert dat de wetgever risicosolidariteit wenst ten aanzien van **alle** kenmerken ('risicofactoren') die voorspelkracht hebben voor iemands zorgkosten. Maar zowel in het Besluit Zorgverzekering (Staatsblad 2005 389, 28jun05, pagina 23) als in het toetsingskader dat de regering hanteert (WOR 760) wordt gesteld dat uitsluitend verevend moet worden voor kenmerken van de verzekerden die samenhangen met de **gezondheid** van de verzekerden. Dit impliceert dat er geen verevening moet plaatsvinden voor bijvoorbeeld regionale aanbod- en prijsverschillen die tot verschillen in zorgkosten leiden. In de afgelopen 10 jaar heeft echter wel verevening plaatsgevonden voor dergelijke regionale aanbod- en prijsverschillen (via kenmerken gebaseerd op onder andere regio en postcode). Zolang onduidelijkheid bestaat over de door de wetgever beoogde risicosolidariteit, is het onmogelijk te toetsen of het doel van de risicoverevening is gerealiseerd.¹²

Wat is nodig om het doel van de risicoverevening te realiseren?

De 'klassieke' manier om de risicoverevening te verbeteren is het toevoegen van nieuwe kenmerken aan de vereveningsformule. Om te voorkomen dat uiteindelijk een onwerkbaar lange lijst van vereveningskenmerken ontstaat, is het verstandig vooral te focussen op vereveningskenmerken die de grootste bijdrage leveren aan het realiseren van het doel van de risicoverevening. Uiteraard vereist dit **politieke afwegingen en keuzen**. In het position paper door Van Kleef et al. (2016) wordt een conceptueel denkkader gegeven dat hierbij behulpzaam kan zijn. Tevens beschrijft dat position paper een nieuwe, veelbelovende aanpak om de risicoverevening te verbeteren.

Een strategie om bij imperfecte risicoverevening het doel van de risicoverevening toch te realiseren, is moeilijk voorspelbare zorgkosten niet (volledig) onder de financiële verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars te laten vallen. Hierdoor nemen de voorspelbare winsten en verliezen af, en wordt het doel van de risicoverevening in hogere mate gerealiseerd. Hierbij kan men denken aan bijvoorbeeld behandelingen met extreem hoge kosten, zeer dure weesgeneesmiddelen (bedoeld voor zeldzame aandoeningen), (overige) kosten van zeldzame aandoeningen, en de sinds 2006 vanuit de AWBZ overgehevelde zorgvormen (zoals langdurige geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging en revalidatiezorg voor ouderen). Mogelijke opties zijn:

1. Slimme vormen van verplichte pooling of herverzekeren (Van Barneveld, 2000);
2. Binnen de Zorgverzekeringswet deze kosten uit een apart fonds bekostigen;
3. De betreffende zorgkosten niet langer onder de dekking van de Zorgverzekeringswet laten vallen (maar bijvoorbeeld overhevelen naar de Wet Langdurige Zorg).

Toepassing van deze opties vereist **politieke afwegingen en keuzen**, bijvoorbeeld een afweging van het realiseren van het doel van de risicoverevening tegen een (beperkte) vermindering van de prikkels tot doelmatigheid.

11 Persconferentie, NOS-8uur-Journaal en Jinek, alle op 06feb15.

12 Indien de wetgever zou besluiten bepaalde risicokenmerken **niet** te verevenen omdat ten aanzien van deze kenmerken geen risicosolidariteit wordt beoogd, dan is het logisch dat zorgverzekeraars hun nominale premie mogen differentiëren naar de betreffende risicokenmerken.

Vanwege bovengenoemde specifieke kenmerken van de vanuit de AWBZ overgehevelde zorgkosten is het een nog onbeantwoorde vraag in hoeverre het mogelijk is tot een adequate risicoverevening voor deze zorgvormen te komen. Het tot op heden beperkte onderzoek op dit terrein (Bakx 2015, Stam en Sonneveld 2015) suggereert wel dat substantiële verbeteringen mogelijk zijn – onder meer door toevoeging van kenmerken als meerjarig gebruik van wijkverpleging, gebruik van WMO-zorg, specifieke ziekenhuisopnames, specifieke FKG's, DKG's en HKG's – maar vooralsnog is er geen garantie dat een adequate risicoverevening voor deze zorgkosten kan worden gerealiseerd en lijkt 2019 geen realistische datum. Dit betekent dat voor deze zorgkosten waarschijnlijk nog geruime tijd na 2019 gebruik zal moeten worden gemaakt van de bovengenoemde opties om het doel van risicoverevening te realiseren. Nader onderzoek naar deze opties verdient hoge prioriteit.

Conclusies en aanbevelingen

Conclusies:

1. Op dit moment is het doel van de risicoverevening en het in de brief 'Kwaliteit loont' (06feb15) vermelde doel nog niet gerealiseerd. Bij de vereveningsformule-2016 zijn ongezonde verzekerden nog steeds financieel onaantrekkelijke klanten voor de zorgverzekeraars. De conclusie is dat 'kwaliteit nog niet loont'.
2. Het realiseren van het doel van de risicoverevening vereist **politieke afwegingen en keuzen** zoals:
 - a. Wat is de beoogde risicosolidariteit?
 - b. In welke mate zijn bepaalde vormen van risicoselectie maatschappelijk ongewenst?
 - c. Zolang de risicoverevening nog imperfect is, moet een weloverwogen afweging worden gemaakt tussen de mogelijke effecten van risicoselectie (zie boven) en een vermindering van de prikkel tot doelmatigheid.
 - d. Tegen welke prijs mag het doel van risicoverevening worden gerealiseerd? Bijvoorbeeld welke prikkels tot ondoelmatigheid zijn (niet) acceptabel? Welke kosten van de gegevensverzameling zijn (niet) acceptabel?
3. Voor de vanuit de AWBZ overgehevelde zorgkosten is het een nog onbeantwoorde vraag in hoeverre het mogelijk is tot een adequate ex-ante risicoverevening te komen.

Aanbevelingen:

1. Het verdient aanbeveling dat er overeenstemming komt over het **doel** van de risicoverevening. Naar onze mening zou dit het door ons geformuleerde doel moeten zijn.
2. Het verdient aanbeveling dat de weetgever helder aangeeft wat de beoogde risicosolidariteit is en dit consistent laat doorwerken in de wet- en regelgeving en in het toetsingskader voor de beoordeling van de risicoverevening. De huidige inconsistentie en onduidelijkheid over de beoogde risicosolidariteit maakt het onmogelijk om te toetsen of het doel van de risicoverevening is gerealiseerd.
3. Het verdient aanbeveling het (door ons geformuleerde) doel van de risicoverevening op te nemen in het door de regering gehanteerde toetsingskader voor de beoordeling van de risicoverevening (WOR 760) samen met voldoende handvatten om te bepalen in hoeverre het doel is bereikt.¹³
4. Het verdient aanbeveling in de evaluatie van de risicoverevening die de Tweede Kamer jaarlijks ontvangt, voortaan aan te geven hoe groot de over- en ondercompensaties zijn voor selectieve groepen gezonde en ongezonde verzekerden. Dit is een belangrijke barometer die aangeeft in hoeverre het doel van de risicoverevening is bereikt.
5. Het verdient aanbeveling onderzoek te doen of adequate ex-ante risicoverevening voor de vanuit de AWBZ overgehevelde zorgkosten, gegeven de specifieke kostenstructuur, haalbaar is. Het is verstandig hierbij een onderscheid te maken tussen de diverse typen zorg. Dit onderzoek kan voortbouwen op eerder onderzoek (bijv. Bakx, 2015).

¹³ Voor een aanzet voor een dergelijke aanpassing van het toetsingskader zie Van Kleef et al. (2016).

Referenties

- Bakx, P.L.H., 2015, Financial incentives in long-term care, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bakx, P., E. van Doorslaer, E. Schut, 2013, Risicoverevening voor de ouderenzorg, ESB 98 (4651): 20-23.
- EM van Barneveld (2000), Risk sharing as a supplement to imperfect capitation in health insurance: a tradeoff between selection and efficiency, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Stam, P.J.A. en J. Sonneveld, De risicoverevening voor verpleging en verzorging, ESB 100 (4701): 26-28.
- Van Kleef, Schut en Van de Ven, 2014, Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening, iBMG-rapport 2014.01, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Van Kleef, RC, RCJA van Vliet, en F Eijkenaar, 2015, Risicoverevening voor somatische zorg: Wat is het effect van de modelaanpassingen-2016 voor subgroepen uit de CBS-gezondheidsenquête?", iBMG-rapport 2015-08. Erasmus Universiteit Rotterdam (tevens WOR 762).
- van Kleef, RC, P. Bakx, F. Eijkenaar, F.T. Schut, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet, (2016), Hoe problematisch is een onder- of overcompensatie? Position paper Risicoverevening, februari 2016,
- Van de Ven, WPMM, RCJA van Vliet. Welke gezondheidskenmerken opnemen in de normuitkeringenformule? Tijdschrift Sociale Gezondheidswetenschappen 1992;70:180-8.
- Van de Ven, WPMM, RC van Kleef, RCJA van Vliet. Hoe kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt aantonen en meten? Tijdschrift Sociale Gezondheidswetenschappen 2015;93:147-56.
- WOR 760, Toetsingskader risicoverevening, Ministerie VWS, december 2015

Erasmus University Rotterdam

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG)

Marketing & Communicatie iBMG

Bayle (J) Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8878

E communicatie@bmg.eur.nl

W www.bmg.eur.nl/onderzoek